SYNDICAT DES MÉDECINS PATHOLOGISTES FRANÇAIS

CCAM ACP :

MODE D'EMPLOI

Projet - 11 Juillet 2007

Le codage ou la facturation en CCAM des actes d'anatomo-cyto-pathologie sont réservés aux médecins pathologistes n'exerçant pas en laboratoire d'analyses de biologie médicale qui continueront à relever de la NGAP pour l'instant.

La mise en place des actes d'anatomo-cyto-pathologie à la CCAM, est prévue en deux étapes :

- **Introduction de la CCAM-ACP à panier de soins constant et à tarif conservatoire**

  Le but de cette étape est de connaître la fréquence réelle des actes d'anatomo-cyto-pathologie pratiqués. La connaissance de cette fréquence est un préalable indispensable pour engager la deuxième étape de négociations de la CCAM-ACP. Cette 1ère étape devrait durera 12 mois. Pour permettre le passage d'une nomenclature à l'autre, la facturation des actes d'anatomo-cyto-pathologie en NGAP ou en CCAM sera autorisée pendant une phase de transition de 3 mois, à l'issue de laquelle la lettre-clé « P » sera fermée.

  «A panier de soins constant» signifie que les actes nouveaux ne sont pas pris en charge, à l'instar de ce qui a été fait pour les autres spécialités.
  Toutefois, pour s'adapter à la réalité de la pratique, il a été pris en compte les cotations pratiquées pour :
  - les actes d'immunochimie d'un prélèvement inclus en paraffine. En dehors de « l'inclusion en paraffine », l'examen immunocytochimique reste hors panier de soins remboursable. Conformément à ce qui est prévu à l'article 3 de l'avenant n°5 , la HAS a été saisie en vue de l'élaboration de recommandations de bonne pratique concernant l'immunohistochimie, en y associant l'immunocytochimie.
  - les actes d'examen anatomo-cyto-pathologie d'exérèse de pièce complexe pour les organes pairs.

  Enfin, pour prendre en compte les nouvelles techniques, et en vue de permettre une démarche diagnostique cohérente, l'acte d'examen anatomopathologique par hybridation in situ a été inscrit au panier de soins remboursable pour les indications recommandées par la HAS.

  «A tarif conservatoire» pour l'assurance maladie, signifie le maintien des tarifs NGAP actuels. La transposition des cotations NGAP en tarif CCAM en regard de chaque acte d'anatomo-cyto-pathologie de la CCAM-ACP a été assurée par un groupe de travail réunissant la CNAMTS et les représentants de la profession.

- A l'issue d'une période de 12 mois de mise en œuvre de la CCAM-ACP, à partir de l'analyse des données du codage (fréquence des actes en particulier), réalisation d'une évaluation pour déterminer, notamment, la stratégie d'accession à la hiérarchie CCAM, des actes d'anatomo-cyto-pathologie.

MODE D'EMPLOI

Ce document ne remplace pas le contenu des Livres I, II et III de la CCAM.
Il reprend, en les explicitant, certaines dispositions de la CCAM plus spécifiques à l'anatomo-cyto-pathologie, et certains termes utilisés dans le sous-chapitre 17.02 « Examen microscopiques des tissus », dans le but de faciliter, pour les médecins anatomo-cyto-pathologistes, la transition de la NGAP vers la CCAM.

1-Prise en charge des actes de la CCAM

Le Livre II contient l'ensemble des actes_ pris en charge par l'Assurance maladie et remboursables lorsqu'ils sont affectés d'un tarif.
La base informatique contient l'ensemble des actes de la CCAM qu'ils soient pris en charge ou non.

Les actes non affectés d'un honoraire et *a fortiori* ceux non pris en charge, ne doivent pas figurer sur le support de facturation destiné à l'Assurance maladie (Convention nationale des médecins § 4.1 .1.3).

En revanche, ils peuvent être codés dans les établissements publics et privés pour le codage descriptif de l'activité anatomo-cyto-pathologique dans le cadre du PMSI.

2- Accès aux documents

Le livre I (dispositions générales de la CCAM) et III (dispositions diverses de la CCAM), contiennent l'ensemble des règles de codage et de facturation des actes de la CCAM.

Ces documents sont accessibles sur le site de l'Assurance maladie_

- Accès à la base (ensemble des actes décrits à la CCAM) :
http://www.ameli.fr/codage.ext.cnamts.fr/codif/ccam/telecharg/

- Accès au Livre II (actes pris en charge de la CCAM) : http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/ccam/telecharge/
Consulter ou télécharger le fichier pdf ou excel
ou
http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/codage/codage-actes-medicaux-c.c.a.m./consulter-la-c.c.a.m./c.c.a.m.-a-imprimer

- Accès au Livre I et III (dispositions générales et diverses) :
http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/codage/codage-actes-medicaux-c.c.a.m./consulter-la-c.c.a.m./dispositions-generales-et-dispositions-diverses

- Dates des dernières versions CCAM :
http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/codage/codage-actes-medicaux-c.c.a.m./consulter-la-c.c.a.m./date-des-versions-c.c.a.m

---

_ Se reporter à l'Article I-2 du Livre I

_ Attention : les Livres I, II, III intégrant l'ACP ne seront accessibles sur le site ameli.fr qu'à la date de sortie de la CCAM-ACP

3- Comment coder en CCAM – Les articles importants pour les anatomo-cyto-pathologistes

3.1- Principes de codage des actes

Article I-6 – Acte global : *« Pour les actes techniques médicaux de la liste, chaque libellé décrit un acte global qui comprend l'ensemble des gestes nécessaires à sa réalisation dans le même temps d'intervention ou d'examen, conformément aux données acquises de la science et au descriptif de l'acte dans la liste.*
L'acte global est soit un acte isolé, qui peut être réalisé de manière indépendante, soit une procédure, qui est le regroupement usuel et pertinent d'actes isolés……
Lorsque les conditions de prise en charge ne prévoient pas la présence de plusieurs médecins, l'acte ne peut être codé et facturé qu'une seule fois, même si plusieurs médecins participent à sa réalisation.
Lorsqu'une procédure spécifique est identifiée dans la liste, elle est codée et tarifée et non les actes isolés qui la composent, même s'ils sont réalisés par des médecins différents…… ».

Article I-10 - Actes identiques : *« Les actes identiques sont des actes décrits par le même libellé et identifiés par le même code.*
Pour les actes identiques réalisés sur des organes ou des sites anatomiques pairs, appelés « actes bilatéraux » : ……

Cas particulier_ : pour les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, les actes identiques d'examen de prélèvement sur des organes pairs ou sur plusieurs structures anatomiques sont identifiés par un code et un libellé spécifiques. »

Exemples :

- Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse de 2 structures anatomiques non contigües, sans examen des marges ou de recoupe : codage de l'acte global ZZQP180 « Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse de 2 structures anatomiques non contigües, sans examen des marges ou de recoupe », et non pas 2 fois ZZQP188 « Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une structure anatomique, sans examen des marges ou de recoupe », comme c'était le cas en NGAP, et même si cela n'a pas de conséquences tarifaires.
- Dans quelques circonstances particulières, la notion de structure anatomique paire a été retenue. Il s'agit, par exemple, d'une exérèse bilatérale d'une structure anatomique paire (exérèse bilatérale d'un organe pair), correspondant en NGAP à la réalisation de protocole complexe ou d'une pièce opératoire complexe. Le code adéquat est alors ZZQP136 « Examen anatomopathologique de pièces d'exérèse bilatérale d'une structure anatomique paire en plusieurs fragments différenciés par le préleveur sur chaque structure anatomique, sans examen des marges ou de recoupe ».

On tiendra compte également que dans la CCAM-ACP, par rapport à la NGAP, ont été retenues des distinctions nouvelles dans la description des actes, même si elles n'ont pas aujourd'hui de traduction tarifaire. Ainsi, les biopsies de muqueuse (§ 17.02.02.02) sont distinguées des biopsies de structure anatomique (§ 17.02.02.01). De même la notion d'examen des marges ou de recoupe a été introduite dans la description d'examen de pièce d'exérèse (§ 17.02.03.02).

_ Ce paragraphe sera rajouté à l'Article I-10 – Actes identiques – De même sera rajouté à l'alinéa I de l'Article I-12 – Règles d'incompatibilité – les mots « - des actes d'anatomie et de cytologie pathologiques «

En définitive, on doit coder le libellé qui décrit le mieux l'acte effectivement réalisé.

3.2- Association d'actes

Article I-11 – Associations : *« Dans le cadre de la tarification, l'association d'actes correspond à la réalisation de plusieurs actes, dans le même temps, pour le même patient, par le même médecin, dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité entre ces actes. »*

Pour la CCAM-ACP, cette possibilité correspond à l'association de plusieurs « acte global », ou à l'association autorisée d'un acte avec un supplément YYYY040 ou YYYY042 (le code du supplément doit figurer sous le libellé de l'acte pour que son codage soit autorisé).

Exemples :

- « Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une structure anatomique en plusieurs fragments différenciés par le préleveur, avec examen des marges ou de recoupe », pour tumeur maligne : codage de ZZQP154 associé avec YYYY042 « Supplément pour diagnostic histopathologique portant sur des lésions malignes tumorales ».
- L'examen anatomopathologique de ganglion lymphatique avec examen immunohistochimique avec au moins 5 anticorps, sans quantification, pour diagnostic de lymphome : son codage serait, par exemple, ZZQP127 «Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une structure anatomique en plusieurs fragments différenciés par le préleveur, sans examen des marges ou de recoupe » associé à ZZQP114 « Examen immunohistochimique de prélèvement tissulaire fixé avec 5 anticorps ou plus, sans quantification du signal » et YYYY042 « Supplément pour diagnostic histopathologique portant sur des lésions malignes tumorales ».

3.3- Code d'extension documentaire

En tête du paragraphe 17.02.03.02 « Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse », figure des codes d'extension documentaire « A », « B » et « C ». Ils sont destinés à apporter une précision supplémentaire pour le codage descriptif. Ils sont facultatifs, sans fonction tarifaire.

4- Comment facturer les associations d'actes en CCAM

Article III-3-B : *« Pour l'association d'actes techniques, le médecin code les actes réalisés et indique, pour chacun d'entre eux, le code correspondant à la règle d'association devant être appliquée. Ces règles sont précisées ci-dessous et leurs modalités de codage sont décrites à l'annexe 2.*

……

2-Dérogations

g) Dans les cas suivants, les actes associés sont tarifés à taux plein :

- les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques y compris les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques[1] … … …

Codes associations ……

Le code 4 est utilisé pour des actes spécifiques cités aux paragraphes 2 e) et 2 g) ci-dessus.

Il signifie que tous les actes de l'association sont tarifés à 100 %.»

[1] Ce paragraphe sera rajouté à l'Article III-3-B-2-g

Annexe 2 – Règles d'association : *« Pour chaque acte de l'association, le médecin indique le code association correspondant à la règle qui s'applique en conformité avec l'article III-3 B. A chaque code correspond un pourcentage qui s'applique au tarif de l'acte ……*

2) Dérogations :

g) Dans les cas suivants, plusieurs actes associés peuvent être tarifés à taux plein :

- les actes de radiologie conventionnelle ou d'anatomie et de cytologie pathologiques, y compris les suppléments autorisés avec ces actes et le guidage radiologique peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes de radiologie ou d'anatomie et de cytologie pathologiques ;

- *Actes de radiologie conventionnelle ou d'anatomie et de cytologie pathologiques associés entre eux ou à 1 seul autre acte : le code est 4 pour chacun des actes*

Règle	*Code*	*Taux à appliquer au tarif*
Acte de radiologie conventionnelle ou d'anatomie et de cytologie pathologiques	*4*	*100%*
Autre acte (1 seul)	*4*	*100%*
Supplément autorisé en plus des 2actes	*4*	*100%*

- *Association d'actes de radiologie conventionnelle ou d'anatomie et de cytologie pathologiques et de 2 actes relevant de la règle générale*

  Pour les 2 actes suivant la règle générale, les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte, pour les actes de radiologie conventionnelle ou les suppléments, le code association est 1. En effet, le code 4 ne peut pas être employé avec un autre code association. »

5- Comment remplir la feuille de soins en CCAM

La mention du code de l'acte, du code activité et des honoraires, est obligatoire. Le cas échéant, rajouter le code association et le code d'extension documentaire.
Les exemples figurent sur le site ameli.fr :
http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/codage/codage-actes-medicaux-c.c.a.m./facturer-en-c.c.a.m./la-c.c.a.m.-sur-la-feuille-de-soins

6- Conventions d'écriture des libellés (Article I-13)

La lecture de cet article est indispensable à bonne compréhension des libellés CCAM.

Il existe, par ailleurs, un certain nombre de notes d'utilisation. Selon leur situation, elles ont une portée générale pour les actes de la subdivision, ou une portée spécifique lorsqu'elle figure uniquement sous le libellé d'un acte.

Elles sont de plusieurs natures :

- Les notes explicatives précisent, notamment, la définition d'un certain nombre de termes repris dans les libellés de la subdivision.

Exemples :
- le terme structure anatomique dont la définition est précisée *« élément du corps humain, unitissulaire ou pluritissulaire, topographiquement délimité, constituant un ensemble organisé destiné à remplir un rôle déterminé ou une fonction. Il peut s'agir d'un organe (estomac, peau, muscle…), d'une entité concourant à une finalité caractéristique (méninges, séreuse), d'une région anatomique (médiastin, région rétropéritonéale). »*, a été préféré au terme d'organe dont le sens est plus restreint.
- le terme de structure anatomique contigüe dont la définition est précisée *« structures anatomiques ayant un rapport anatomique de continuité ou de contigüité [organes de voisinage], ou structures anatomiques distinctes atteintes par un processus pathologique de même nature. »*, remplace le terme de pièce opératoire complexe, puisque ce nouveau terme s'adresse à des organes de voisinage intéressés par le même processus pathologique.

- Les notes indicatives figurent sous le libellé de certains actes, elles sont données à titre d'exemples et ne sont pas limitatives.

Exemple :
- ZZQP188 « Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'une structure anatomique, sans examen des marges ou de recoupe »
  Examen anatomopathologique d'une pièce d'appendicectomie, de cholécystectomie ou de tumorectomie cutanée non orientée

- Les notes d'exclusion expliquent dans quelles situations le libellé ne doit pas être utilisé.

Exemple :
- ZZQP103 « Examen cytopathologique de l'étalement de produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage de 2 structures anatomiques, avec prélèvements non différentiés sur chaque structure » ***À l'exclusion de :*** *examen cytopathologique de liquide de lavage bronchioloalvéolaire (GEQP100, GEQP117)*, ne peut pas être codé si l'acte réalisé est « Examen cytopathologique de produit de lavage bronchoalvéolaire, avec coloration spéciale et examen immunocytochimique GEQP117 ». Ne cherchez pas l'acte GEQP117 dans le Livre II, il s'agit d'un acte non pris en charge, qui ne figure donc que dans la base CCAM.
  Il n'est pas possible, non plus, de coder ZZQP103 ou GEQP100 sous prétexte que l'on réalise une partie de l'acte GEQP117.

• Les notes relatives à la prise en charge, elles sont précédées des termes : «Indication», «Formation», «Environnement», «Facturation». Elles précisent les conditions particulières de réalisation ou de facturation pour les quelles la prise en charge de l'acte peut être demandée. Elles sont donc limitatives.

Exemple :

- ZZQP186 Examen anatomopathologique par hybridation *in situ*
  Indication : selon les recommandations de bonne pratique
  - détection de HER 2 neu dans le cancer du sein, en deuxième intention après examen immunohistochimique si celui-ci a un score de 2 +,
  - détection de oncogène N+ myc dans le neuroblastome de l'enfant,
  - détection de virus d'Epstein Barr dans les carcinomes de site primitif inconnu
  Formation : spécifique
  Environnement : spécifique

_ _

 Article I-4 – Prise en charge – « Les médecins sont tenus de respecter les conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation des actes et des prestations figurant dans le liste »

Juillet 2007